AUS DEM FRAUENSPITAL BASEL-STADT
(VORSTEHER: PROF. DR. A. LABHARDT)

DIE RESULTATE DER EXOHYSTEROPEXIE (KOCHER) UND DER SUBTOTALEN KOLPOPERINEOKLEISIS (LABHARDT) ALS PROLAPSOPERATIONEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

UNIVERSITÄT BASEL

VORGELEGT VON

ROBERTO SCIARONI
VON BRIONE (TESSIN)

GEDRUCKT BEI FROBENIUS A. G. BASEL. 1931

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544316_0074

AUS DEM FRAUENSPITAL BASEL-STADT
(VORSTEHER: PROF. DR. A. LABHARDT)

DIE RESULTATE DER EXOHYSTEROPEXIE (KOCHER) UND DER SUBTOTALEN KOLPOPERINEOKLEISIS (LABHARDT) ALS PROLAPSOPERATIONEN

VON

ROBERTO SCIARONI

1931
GEDRUCKT BEI FROBENIUS A. G. BASEL

Von der Medizinischen Fakultät Basel
genehmigt auf Antrag von
PROFESSOR LABHARDT
Tag der Promotion: 20. November 1930

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Unter den verschiedenen, seit längerer Zeit gebräuchlichen Prolapsoperationen besteht über die Kochersche Exohysteropexie eine relativ spärliche Literatur. Die Ursache hierfür liegt in der gefühlsmässigen Abneigung der Operateure gegen diesen Eingriff, der etwas Unphysiologisches an sich zu haben scheint.

«Dass ich die Ventrofixation völlig verlassen habe», sagt Stoeckel, «beruht nicht auf besonders schlechten Erfahrungen; die Rezidivzahl betrug 6,4%. Ein Ileus kam nie zur Beobachtung und war auch bei den Nachuntersuchungen nicht festzustellen. Es ist also mehr eine instinktive Abneigung und die Ueberzeugung, dass die Bauchdeckenfixation des Fundus etwas Unnatürliches und deshalb etwas Falsches ist. ...»

Stoeckel gibt also zu, dass die praktischen Resultate der Kocherschen Methode trotz der theoretischen Bedenken, die gegen dieselbe bestehen, gute sind.

An der Basler Klinik wird die Exohysteropexie nach Kocher seit einer Reihe von Jahren angewandt, und zwar mit ausgezeichneten Resultaten, was im folgenden gezeigt werden wird. Es wird sich ergeben, dass diese Methode der Prolapsoperation mehr Berücksichtigung verdient als ihr bis jetzt gegönnt wurde.

An unserer Klinik erfolgt die operative Behandlung der Prolapse nach folgender Indikationsstellung:

1. *Descensus uteri* (primär)
   Bei Fertilen:
   Fixation der Ligg. Rotunda nach Doléris.
   Bei Sterilen, Sterilisierten oder Klimakterischen:
   Exohysteropexie nach Kocher.
2. *Descensus vaginae.*
   Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.
3. *Descensus vaginae et uteri* (mit oder ohne Retroflexio)
   Bei Fertilen:
   Kolp. ant. Kolpoperineorrhapie, Doléris.

Bei Sterilen, Sterilisierten oder Klimakterischen:
Kolp. ant. Kolpoperineorrhaphie, Exohysteropexie.
Bei Verzicht auf Kohabitation:
Subtotale Kolpoperineokleisis.

Zu diesem Schema ist zu bemerken: Eine Kolpoperineorrhapie ersetzt nur den Stützapparat, nicht aber den Halteapparat des Uterus. Zur Behebung eines Uterusprolapses muss aber zu der Kolpoperineorrhapie noch die Ventrofixation des Uterus treten, die auch seinen Halteapparat ersetzt. Im Gegensatz dazu ist bei der subtotalen Kolpoperineokleisis die Stützung des Uterus dermassen fest, dass auf einen Ersatz des Halteapparates verzichtet werden kann. — Diese Operation wurde 1923 von Labhardt als Ersatz für die, ebenfalls für sich allein zur Behandlung des Uterusprolapses ausreichenden Neugebauer-Le Fortschen Operation eingeführt.

Die Neugebauer-Le Fortsche Operation wird für alte Frauen in der Literatur von verschiedener Seite warm empfohlen (Broca und Nora, Göczy, Hüssy u. a.).

Dieser Eingriff hat aber nach den Erfahrungen Labhardts einen bedeutsamen Nachteil: Im frühen postoperativen Verlauf kommt es öfters zu Reizerscheinungen von seiten der Harnblase, die häufiges Katheterisieren notwendig machen und damit zur Cystitis führen. Im späteren Verlauf stellt sich dann durch den Zug auf den Blasenhals oft incontinentia urinae ein. Diese Nachteile umgeht die Labhardtsche Kolpoperineokleisis, bei welcher die Harnblase in keiner Weise tangiert wird, da sich die ganze Operation an den hinteren und den seitlichen Vaginalwänden und am Damm abspielt. Statt wie bei der Kolporrhaphia mediana durch Vereinigung der vorderen und hinteren Vaginalwand die Scheide bis auf zwei seitliche Kanäle zu schliessen, verschliesst Labhardt sie durch Vereinigung der angefrischten, seitlichen Partien der hinteren und seitlichen Vaginalwände und des Dammes bis auf einen medianen, suburethral gelegenen Kanal.

Die Labhardtsche Kolpoperineokleisis ist die schonendste und wie sich zeigen wird, rezidivsicherste Prolapsoperation. Einer ihrer besonderen Vorteile liegt auch darin, dass bei ihr auf den Allgemeinzustand der zu Operierenden nicht dieselbe Rücksicht zu nehmen ist, wie bei den intraabdominalen Eingriffen, die meist in

allgemeiner Narkose ausgeführt werden müssen. Die Kolpoperineokleisis wird dagegen selbstverständlich in lokaler Betäubung vorgenommen.

Es ist aber die Indikationsbreite der Kleisis eine geringe, da sie nur in den Fällen ausgeführt werden kann, in denen keine Kohabitation mehr in Frage kommt, also nur bei alten Frauen.

In sämtlichen Fällen, wo die Kohabitationsmöglichkeit erhalten bleiben soll, die Erhaltung der Gebärfähigkeit dagegen nicht in Frage kommt, bezw. nicht als notwendig erscheint, d. h. bei Frauen jenseits des Klimakteriums, sowie bei jüngeren Frauen, bei denen aus irgendeinem Grunde Schwangerschaften unerwünscht sind, wird an unserer Klinik die Kochersche Exohysteropexie ausgeführt.

Technik der Exohysteropexie.

Chloroform-Aether Mischnarkose, eventuell auch Lokalanaesthesie (Percain 1‰ + Adrenalin).

Schnitt nach Pfannenstiel, möglichst kurz, ca. 8 cm lang. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Uterus mit einer Kugelzange hervorgeholt. Nach eventuell darauf vorgenommener Tubensterilisation wird das Peritoneum parietale durch fortlaufende Catgutnaht so an die Kuppe des Fundus uteri genäht (was im Peritonealschlitz in verschiedener Höhe geschehen kann), dass von diesem ein zirka 5 Fr.-Stück grosses Stück extraperitonealisiert bleibt. Zur Fixation des Uterus an die vordere Bauchwand werden vier Zwirnknopfnähte so durch den Uterusfundus gelegt, dass sie seitlich die beiden Rectusränder mitfassen. Durch Knüpfen dieser Nähte werden die beiden Recti in der Medianlinie zur Berührung gebracht und überdecken den Uterusfundus vollständig. Der extraperitonealisierte Uterusfundus (die Tubenansätze werden nicht mitgefasst), wird dadurch breit an die Hinterwand der Recti fixiert. Dann erfolgt der Schluss der Recti nach unten und oben mit Catgutknopfnähten, worauf die Bauchdecken in Etagen geschlossen werden.

Ist mit dem Descensus uteri noch ein Descensus oder Prolapsus vaginae verbunden, so wird an die Exohysteropexie stets noch eine Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineorrhaphie angeschlossen, bezw. vor der abdominellen Operation ausgeführt.

Die in der Literatur angeführten Rezidive sind auf eine von der oben beschriebenen Technik beruhenden Abweichung zurückzuführen (Doederlein-Kroenig 1924), nämlich darauf, dass der extraperitonealisierte Uterus nicht an die Recti, sondern sozusagen durch eine Dehiszenz zwischen den Recti an die Fascie genäht wird. Nur dann ist es möglich, dass der Uterus die schlaffe Fascie mit sich nach unten ziehen kann, und so wieder zu einem Prolaps oder doch Descensus führt. Fixiert man aber den Uterus an die Recti selbst, dann ist ein Rezidiv so gut wie ausgeschlossen. In den 105 kontrollierten Fällen wurde der Uterus nie descendiert oder gar prolabiert gefunden.

Von 394 nach Kocher mit der Exohysteropexie behandelten Fällen wurden 318 sterilisiert (siehe Tabelle pag. 13). Diese Zahl könnte sehr hoch erscheinen und man könnte einwenden, es sollten bei Frauen im gebärfähigen Alter andere Verfahren gewählt werden, welche die Fruchtbarkeit nicht einschränken. Die Basler Klinik vertritt jedoch den Standpunkt, in dieser Beziehung den Wünschen der Patientinnen nach Möglichkeit entgegenzukommen. Es wird den Frauen die Exohysteropexie niemals aufgezwungen oder auch nur eingeredet; es wird also nicht die Sterilisation vorgenommen, um die Exohysteropexie ausführen zu können. Vielmehr wird die Exohysteropexie dort ausgeführt, wo von vorneherein auf weiteren Kindersegen verzichtet wird; bei Vorhandensein nur eines einzigen Kindes lehnen wir die Sterilisation überhaupt ab. Und auch wenn mehrere Kinder vorhanden sind, machen wir die Ehegatten stets noch ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die Sterilisation irreversibel ist, dass also eventuell sterbende Kinder nicht mehr ersetzt werden können und dass die Frau im Falle des Verlustes ihres Ehegatten und bei neuer Verheiratung keine Kinder mehr bekommen kann. Erst nachdem den Ehegatten alle Konsequenzen der Sterilisation der Frau peinlichst auseinandergesetzt sind, wird ihnen der Revers vorgelegt, den beide zu unterzeichnen haben.

Es handelt sich allerdings meist um Mehrgebärende, die schon mehrere Kinder haben und denen es aus leicht ersichtlichen Gründen nicht schwer fällt, auf weiteren Kindersegen zu verzichten. Wir halten uns in solchen Fällen für durchaus berechtigt, aus sozialen Indikationen die Sterilisation auszuführen. Dies um so mehr, als die

folgende Ueberlegung dazu kommt: An Prolaps erkranken namentlich die konstitutionell minderwertigen Frauen, deren Bau und Gewebe von vorneherein zur Senkung disponieren; hat nun eine solche Frau zwei oder mehr Kinder gehabt, und ihre Lageveränderung aquiriert, und sie wird operiert und bekommt daraufhin noch weitere Kinder, so liegt die Gefahr des Rezidivs nahe; dann ist die Frau wiederum in ihrer Tätigkeit und ihrer Fürsorge für die Kinder eingeschränkt und sie muss sich einem zweiten Eingriffe mit allen seinen Unbequemlichkeiten und Gefahren aussetzen. Es scheint uns aus diesem Grunde richtiger, wenn die Patientin, vorausgesetzt, dass sie mindestens zwei Kinder besitzt, ein für allemal und definitiv von ihrem Prolaps befreit wird, um fortan sich uneingeschränkt der Pflege und Erziehung der vorhandenen Kinder widmen zu können.

Die Exohysteropexie ist auch das einzige Verfahren, das absolut sicher den Ersatz des Halteapparates gewährleistet; wir besitzen kein Verfahren, das neben einer solchen Sicherheit auch die Möglichkeit weiteren Kindersegens zulassen würde.

In 365 Fällen wurde die vordere Kolporrhapie und Kolpoperineorrhaphie ausgeführt. Den Grund dafür bildet die Gefahr des Rezidives des Scheidendescensus. Die nur exohysteropexierten 29 Fälle hatten lediglich einen Uterusprolaps mit noch gut funktionierendem Beckenboden.

Technik der Kolpoperineokleisis subtotalis.

Auf beiden Seiten wird der Kommissur entlang ein bis fast zur Höhe des Meatus externus urethrae reichender Schnitt angelegt. Von den Enden dieser Schnitte aus werden dann parallel zur Urethra jederseits ein drei bis vier Zentimeter langer Schnitt angelegt. Zwischen diesen bleibt also nur noch ein drei bis vier Zentimeter breiter, urethraler Scheidenhautstreifen übrig. Von den vaginalen Enden dieser Schnitte aus werden daraufhin je ein derart konvergierender Schnitt angelegt, dass sich diese in der Mitte oder sogar über der Mitte der hinteren Scheidenwand treffen. Dadurch kommt eine fünfeckige Anfrischungsfigur zustande. Es folgt hierauf das Abpräparieren der umschnittenen Scheidenhautpartie und anschliessend die Vereinigung der konvergierenden Schnittränder unter sich

bis zur Höhe der parurethralen Schnitte. Von hier aus wird das Gewebe der beiden Seiten durch mehrere, übereinander liegende Schichten von Knopfnähten in der Mitte vereinigt und sukzessive auch die beiden parurethral gelegenen Wundränder. Die Dammhaut wird zuletzt durch Catgutnähte geschlossen.

Die folgenden Bilder geben schematisch die Schnittführung in Vorder- und Seitenansicht der subtotalen Kolpoperineokleisis an.

Die Kolpoperineokleisis subtotalis nach Labhardt unterscheidet sich von der gewöhnlichen Kolpoperineorrhaphie dadurch, dass bei dieser der Introitus vaginae weniger stark verengt und weniger Dammgewebe in der Naht mitgefasst wird. Die Kleisis dagegen ergibt eine von der Mitte an sich verengernde und in den vorderen 3 bis 4 cm sehr enge Scheide und einen sehr dicken gewebsreichen Damm, der für Harnblase und Uterus eine ausgezeichnete Stütze bildet. Durch das Weglassen der vordern Kolporrhaphie werden Miktionsstörungen nach dem Eingriff und damit der gefährliche Kathetrismus vermieden. Eine Cystocelenoperation muss nicht angeschlossen werden, da eine Cystocele (siehe Abbildung Nr. 2) im kranialen Scheidenabschnitt ohne Nachteil belassen werden kann.

Eine nennenswerte Blutung hat sich bei der Ausführung der Kolpoperineokleisis nie ereignet. Die versenkten Nähte werden zur Vermeidung einer zu raschen Resorption mit Zwirnfäden gemacht, die übrigen mit Catgut. Bei einiger Uebung dauert dieser ausserordentlich einfache Eingriff nicht länger als 15 Minuten.

Die Tatsache, dass bei der Kolpoperineokleisis unter 51 Fällen kein einziger Todesfall vorkam, erscheint besonders bemerkenswert und spricht sehr zugunsten dieses Eingriffes. Handelt es sich doch bei den Patientinnen, die ihm unterworfen wurden, um Frauen über 45 Jahre, meistens sogar um solche über 60 Jahre (72,5%). Naturgemäss wird man bei solchen Patientinnen einen Eingriff wählen, der bei möglichster Einfachheit und grösster Lebenssicherheit den völligen Erfolg garantiert. Diesen Desideraten entspricht die subtotale Kolpoperineokleisis in weitem Masse. Sie bedingt allerdings die Aufhebung der sexuellen Funktionen; allein, da es sich bei diesen Patientinnen ausschliesslich um ältere Frauen, Witfrauen und solche handelt, deren Ehegatte wegen des vorgerückten Alters ohne weiteres

auf fernere sexuelle Beziehungen verzichtet, so spielt der enge Verschluss des distalen Scheidenabschnittes keine Rolle mehr.

Sollte je bei Frauen, die in dieser Weise operiert wurden, später eine maligne Erkrankung der höher liegenden Teile des Genitaltraktus entstehen, so ist es sehr leicht, den hohen Damm wieder zu spalten, um sich einen Weg zum Krankheitsherd zu verschaffen und eventuell sogar den Uterus vaginal zu exstirpieren. · Auch in dieser Beziehung bietet die genannte Methode einen wesentlichen Vorteil gegenüber der Interposition und der Kjellandschen Operation.

Zusammengefasst sind ihre Vorteile die folgenden:

1. Leichte Ausführbarkeit in Lokalanaesthesie.
2. Kurze Operationsdauer.
3. Vermeidung des intraperitonealen Eingriffes.
4. Unnötigwerden der Cystocelenoperation.
5. Weitgehende Lebens- und Rezidivsicherheit.
6. Möglichkeit, später jederzeit leicht an die oberen Abschnitte des Genitaltraktus heranzukommen.

Primäre Resultate.

Von den 394 nach Kocher operierten Frauen wiesen 56 Komplikationen im postoperativen Verlaufe auf, und zwar erkrankten an Cystitis 14 Frauen mit durchschnittlicher Krankheitsdauer von 36 Tagen, an Phlebitis 15 Frauen mit durchschnittlicher Krankheitsdauer von 41 Tagen. An Lungenembolie 8 Patientinnen mit einem Durchschnitt der Krankheitsdauer von 38 Tagen. Darunter befinden sich 4 Todesfälle, die zwischen dem 10. und 24. Tag nach der Operation eintraten. An Bronchitis erkrankten 8 Frauen mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 33 Tagen. Es kamen 4 Fälle von Pneumonie vor, worunter ein Todesfall. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 45 Tage. Zwei Frauen erkrankten an Furunculose mit einer Durchschnittsdauer von 31 Tagen. Ferner ereignete sich ein Herzkollaps, der nach 3 Tagen zum Tode führte und ein Fall von Pleuritis, der nach 58tägigem Spitalaufenthalt geheilt entlassen wurde.

Nachstehend folgen kurze Auszüge aus den Krankengeschichten der sechs Todesfälle nach Exohysteropexie:

1. M.-Sch., 65 J., IX. Para. Spitaleintritt: 14. VI. 1918. Diagnose: Descensus vaginae, Retroflexio uteri.

   Operation: 21. VI. 1918. Kolp. ant. Kolpoperineorrhaphie, Exohysteropexie nach Kocher.

   Am 8. Tage post Op. steht Patientin auf, afebril bis zum 10. Tage post Op. Am 11. Tage post Op. Lugenembolie. Am 14. Tage post Op. nochmalige Embolie mit Exitus letalis.

2. H.-F., 65 J., V. Para. Spitaleintritt: 7. VII. 1919. Diagnose: Descensus vaginae, Prolapsus uteri, Retroflexio mobilis.

   Operation: 10. VII. 1919. Kolp. ant. Kolpoperineorrhaphie, Exohysteropexie nach Kocher.

   Am 12. VII. Retentio urinae, am 14. VII. Temp.: 38°. Am 8. Tage post Op. steht Patientin auf, gutes Allgemeinbefinden. Am 10. Tage post Op. Exitus an Embolia pulm.

3. H.-K., 46¾ J., II. Para. Spitaleintritt: 15. II. 1922. Diagnose: Descensus vaginae et uteri, Elongatio colli.

   Operation: 17. II. 1922. Amputatio portionis. Kolpoperineorrhaphie, Appendectomie, Salpingectomia sin. Tubensterilisation rechts, Exohysteropexie.

   Am 7. Tag post Op. Temperatur: 38°. Am 12. Tage post Op. plötzliche Verschlimmerung: Uebelkeit, kleiner Puls, Stechen links auf der Brust. Am 13. Tage post Op. Exitus letalis an Embolie.

4. K.-D., 44 J., XII. Para. Spitaleintritt: 22. II. 1922. Diagnose: Descensus vaginae et uteri, Retroflexio.

   Operation: 23. II. 1922. Kolp. ant. Kolpoperineorrhaphie, Tubensterilisation, Appendectomie, Exohysteropexie nach Kocher.

   Am 2. Tage post Op. Temp. 39,4, am 9. Tage post Op. 41° mit Exitus letalis an Pneumonie.

5. Sch.-Sch., 50 J., V. Para. Spitaleintritt: 19. IX. 1922. Diagnose: Descensus vag. Retroflexio uteri mobilis.

   Operation: 28. IX. 1922. Kolp. ant. Kolpoperineorrhaphie, Exohysteropexie nach Kocher, Appendectomie.

   Am 5. Tage post Op. Thrombose der r. Saphena, Temp. 38°, Laparotomiewunde pp. geheilt, Damm o. B. In den folgen-

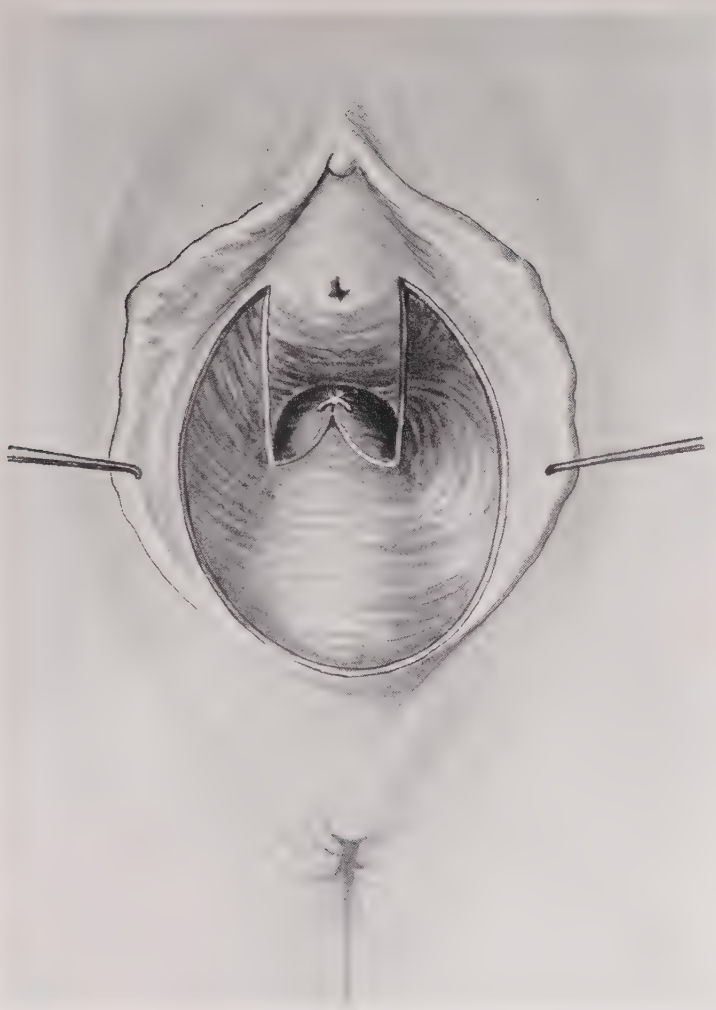

Fig. I. Vorderansicht der subtotalen Kolpoperineokleisis. Die umschnittene Scheidenhautpartie ist abpräpariert. Die doppelt konturierten Linien geben die Schnittführung an.

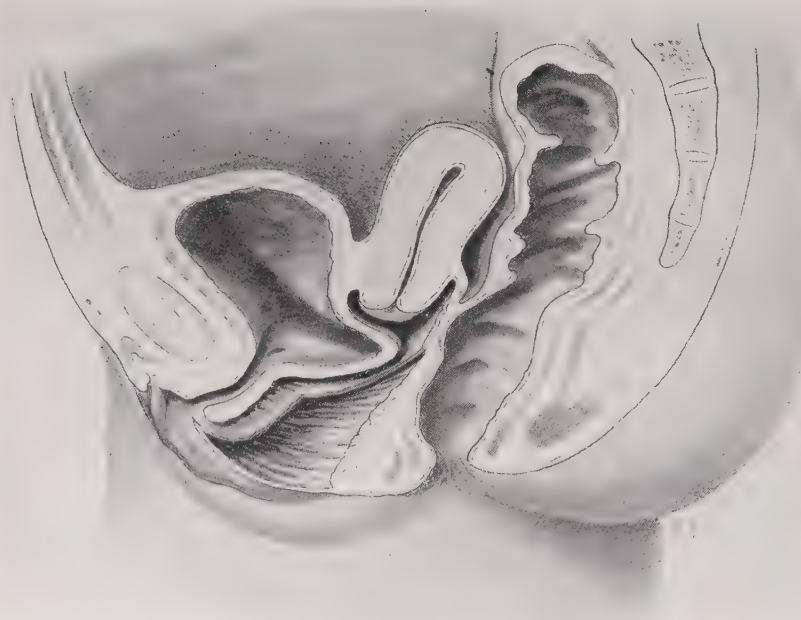

Fig. II. Seitenansicht der subtotalen Kolpoperineokleisis. Sagitalschnitt.

den Tagen schwankt die Temperatur zwischen 36,9 und 37,5° bei dauernd erhöhter Pulszahl. Am 14. Tage post Op. Exitus letalis an Lungenembolie.

6. A.-H., 46 J., III. Para. Spitaleintritt: 15. XI. 1926. Diagnose: Descensus vaginae et uteri.
Operation: 18. XI. 1926. Kolp. ant. Kolpoperineorrhaphie, Exohysteropexie nach Kocher.

Am folgenden Tage Winde, Temp. max. 37,7°. Am dritten Tage post Op. Exitus letalis an Herzkollaps.

Unter den 51 nach Labhardt operierten Fällen wiesen 9 im postoperativen Verlauf Komplikationen auf. Darunter 5 per secundam Heilungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 41 Tagen. Zwei Phlebitiden mit einer Dauer von 40 Tagen. Ein Fall von Bronchitis mit einer Krankheitsdauer von 40 Tagen und ein Fall von Cystitis, der nach 30 Tagen geheilt entlassen wurde. Es ist also kein einziger postoperativer Todesfall zu verzeichnen. Bei den per secundam Heilungen waren immer nur die oberflächlichsten Schichten aufgegangen, so dass auch in diesen Fällen der gute Erfolg des Eingriffes nicht beeinträchtigt wurde.

Die oben erwähnten postoperativen Komplikationen sind im folgenden in einer Tabelle zusammengestellt.

	Kocher				Labhardt			
	Fälle	Dauer		†	Fälle	Dauer		†
Cystitis	13	36	Tage	—	1	30	Tage	—
Lungenembolie	8	38	»	4	—	—	»	—
Pleuritis	1	58	»	—	—	—	»	—
Bronchitis	8	33	»	—	1	40	»	—
Pneumonie	4	45	»	1	—	—	»	—
Phlebitis	15	41	»	—	2	40	»	—
Herzkollaps	1	3	»	1	—	—	»	—
p. s. Heilung	—	—	»	—	5	41	»	—
Furunculose	2	31	»	—	—	—	»	—

Dauerresultate.

Unsere Untersuchungen erstreckten sich dabei über den Zeitraum vom Jahre 1916 bis zum Jahre 1927. Die seither operierten

Frauen wurden nicht mitberücksichtigt, weil zur Beurteilung des Dauererfolges eine Zeit von weniger als drei Jahren zu kurz wäre.

Wir sandten an sämtliche operierten Frauen einen Fragebogen folgenden Inhaltes:

Wie war Ihr Befinden seit der Operation?
Ist die Senkung geheilt?
Oder haben Sie noch Beschwerden gehabt und welche?
Haben Sie mit dem Wasserlösen Beschwerden?
Können Sie Ihre Arbeit verrichten?
Bemerkungen.

Gleichzeitig wurden die Frauen aufgefordert, wenn möglich persönlich zur Kontrolle in unsere Poliklinik zu kommen. Es erschienen dann auch 105 Frauen nach Exohysteropexie und 14 Frauen nach subtotaler Kolpoperineokleisis, die in der Tabelle unter «Kontrolle» aufgeführt sind. Bei allen diesen kontrollierten Patientinnen war das anatomische Resultat einwandfrei, auch bei starker Bauchpresse war kein irgendwie nennenswerter Descensus zu beobachten. Von den 14 zur Nachuntersuchung erschienenen, nach Labhardt operierten Frauen, klagte keine über Beschwerden. Unter den 105 nach Kocher Operierten gaben drei Beschwerden an, und zwar klagten sie alle über Rücken- und Kreuzschmerzen. Bei einer Patientin traten diese ein halbes Jahr nach der Operation auf, waren aber immer geringer als die gleichen Schmerzen vor der Operation. Bei der zweiten Patientin traten drei Jahre post Operationem nach Heben einer Last plötzliche Kreuzschmerzen ein, die ganz ähnlich denen vor der Operation sein sollen. Und bei der dritten Patientin sind 5 bis 6 Jahre nach der Operation Rücken- und Kreuzschmerzen aufgetreten, die den Beschwerden ante Operationem sehr ähnlich seien.

Von den 289 Frauen mit Exohysteropexie, die nicht persönlich zur Nachuntersuchung erschienen, beantworteten 112 unsern Fragebogen. Alle erklärten, dass die Senkung vollständig geheilt sei. Nur zwei im ganzen klagten im übrigen über Beschwerden, und zwar wieder über Kreuz- und Rückenschmerzen. Diese zwei Patientinnen machen aber darüber keine näheren Angaben. Sie berichten weder wie lange Zeit nach der Operation die Beschwerden auftraten, noch ob eventuell ein auslösendes Trauma stattgefunden hat.

Von den 37 der Kolpoperineokleisis subtotalis unterworfenen Frauen, die nicht persönlich zur Nachuntersuchung erschienen, beantworteten 15 unsern Fragebogen. Sie waren sämtlich mit dem Resultat sehr zufrieden. Keine von ihnen hatte über ein Rezidiv noch über irgendwelche sonstigen Beschwerden zu klagen.

Die obigen Angaben sind übersichtlich in den folgenden Tabellen zusammengefasst:

Exohysteropexie nach Kocher

1916—1927

Alter	Fälle	K. K.*	Sterilisation	†	Kontrolle	Brief	Obj. u. subj. gut	Obj. gut subj. Bes.
25—30	24	16	24		6	7	13	
31—35	50	43	50		17	7	24	
36—40	95	88	93	1 (Pneumonie)	28	29	54	3
41—45	93	90	92		32	22	52	2
46—50	68	64	53	2 (Embolie) 1 (Herzinsuff.)	10	26	36	
51—55	38	38	6		10	11	21	
55—60	20	20	—		1	10	11	—
61—65	4	4	—	2 (Embolie)	—	—	—	
66—70	1	1	—		1	—	1	
71—75	1	1	—		—	—	—	—
Total:	394	365	318	6 = 1,5%	105	112	212	5

* Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.

Kolpoperineokleisis subtotalis

1916—1927

Alter	Fälle	Kontrolle	Brief	Objectiv und subjectiv gut
46—50	2	1	—	1
51—55	5	3	1	4
56—60	7	2	1	3
61—65	12	3	1	4
66—70	18	5	9	14
71—75	5	—	2	2
76—80	2	—	1	1
Total:	51	14	15	29

Hüssy vertritt die Ansicht, dass bei Frauen über 50 Jahren bei Prolapsbehandlung eine Laparotomie möglichst vermieden werden sollte und lehnt daher die Exohysteropexie in diesem Alter ab.

Nach den an der Basler Klinik gemachten Erfahrungen bildet indessen auch ein Alter von über 50 Jahren keine Gegenindikation für die Vornahme der Exohysteropexie. Von unseren, mit der Exohysteropexie behandelten 330 Frauen unter 50 Jahren starben an den Folgen der Operation vier. Von den 64 Frauen, die über 50 Jahre alt waren, starben zwei. Das ist zwar eine relativ grössere Mortalitätsziffer, aber die Todesursache in diesen Fällen — Embolie — kann nach jedem operativen Eingriff eintreten, sie kann also nicht als spezifische Folge der Laparotomie betrachtet werden, und die relativ grössere Mortalitätsziffer bei den über 50 Jahre alten Frauen unserer Statistik kann ebenso gut auf einem Zufall beruhen.

Im übrigen ist zu erwägen: Verzichtet man auf die Anwendung der Exohysteropexie bei Frauen über 50 Jahren, so kommt in diesen Fällen, sofern die Kohabitationsmöglichkeit erhalten werden soll, nur die Kjellandsche Operation, die Interposition nach Schauta-Wertheim und die vaginale Exstirpation in Frage. Diese Eingriffe bieten der Exohysteropexie gegenüber jedoch beträchtliche Nachteile. Bei der vaginalen Totalexstirpation besteht die Gefahr des Scheidenrezidives. Die Kjellandsche Operation und die Interposition nach Schauta-Wertheim sind auch nicht absolut rezidivsicher. (Von der Schauta-Wertheimschen Interposition berichtet aus neuerer Zeit Pollack über 8,5%, Johnson sogar über 19% Rezidive), und bringen im übrigen den schwerwiegenden Nachteil mit sich, dass bei etwaiger späterer myomatöser oder karzinomatöser Erkrankung der Uterus nicht mehr operativ angegangen werden kann. Aus diesem Grunde werden an der Basler Klinik sämtliche Interpositionsmethoden unterlassen.

Wir glauben, dass nach den obigen Darlegungen die Anwendung der beiden besprochenen Verfahren, der Exohystereopexie und der subtotalen Kolpoperineokleisis im Rahmen der angegebenen Indikationsstellung sich als voll berechtigt, ja als besonders empfehlenswert erwiesen hat.

Literaturverzeichnis.

Broca & Nora: Die Behandlung des totalen Gebärmutter-Scheidenvorfalles bei alten Frauen nach der erweiterten Operationsmethode von Le Fort. Rev. mens. Gyn. et Obstetr. Vol. XI. Nr. 5. 1925.

Doederlein-Krönig; Operative Gynaekologie. 5. Auflage, Leipzig Thieme 1924.

Franz: Gynaekologische Operationen. Berlin Springer 1925.

Göczy: Mit der vereinigten Neugebauer-Le Fort-Mackenrodt'schen Methode behandelte Fälle von Uterusprolaps. Gyógyászat 1925, Nr. 1. Ref. Ztbl. f. Gyn. 1925, Bd. 49. II.

Hempel: Deutsche Med. Wochenschrift Bd. 53, II. 1927.

Hüssy: Referat, gehalten am Schweiz. Gynaek. Kongress 3. u. 4. Mai 1930 in Zürich. Basel, Schwabe 1930.

Jaschke: Lage- und Bewegungsanomalien des weiblichen Genitalapparates. Veit-Stoeckel, Handbuch d. Gynaek. III. Auflage, Bd. 5. I. Hälfte, München Bergmann 1929.

Johnson: Enderfolge nach Interpositionsoperationen wegen Uterusprolaps. Surg. Gyn. and Obstetr. 1926.

Labhardt: Subtotale Kolpoperineokleisis als Prolapsoperation bei alten Frauen. Ztbl. f. Gyn. 1923. Nr. 35.

Pollack: Resultate der Schauta-Wertheim'schen Operation. Ztbl. f. Gyn. 1926.

Schwabe: Beitrag zur Prolapsoperation nach Neugebauer-Le Fort. Monatsschr. f. Geb. & Gyn. 1916. Bd. 44.

Stoeckel: Beitrag zur operativen Behandlung der Lageveränderungen von Uterus und Scheide. Ztbl. f. Gyn. 1924. Bd. 48. I.

Weibel: Die gynaekologische Operationstechnik der Schule Ernst Wertheims. Berlin Springer 1923.